

	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE DE TULUÁ Empresa Social del Estado	Código:	MA-SI-MA-006
		Version:	004
	MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS	Fecha de Aprobación:	2022-05-31

TABLA DE CONTENIDO

- [1. OBJETIVO](#)
- [2. ALCANCE](#)
- [3. RESPONSABLE](#)
- [4. DEFINICIONES](#)
- [5. DESCRIPCIÓN](#)
- [6. DOCUMENTOS RELACIONADOS](#)
- [7. REGISTROS RELACIONADOS](#)
- [8. BIBLIOGRAFÍA](#)
- [9. CONTROL DE CAMBIOS](#)

1. OBJETIVO

Establecer la metodología y los lineamientos para integrar el expediente clínico por medio de la apertura, captura y registro, con el fin de asegurar su control y resguardo en el archivo clínico y la base de datos electrónica, aportando una orientación clara para el correcto diligenciamiento, administración, conservación, custodia de las historias clínicas y sus anexos conforme a los parámetros legales vigentes, garantizando su integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, confidencialidad, disponibilidad y oportunidad en la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Empresa Social del Estado.

2. ALCANCE

Este manual inicia con la apertura de la historia clínica al ingreso del usuario a la institución y finaliza con su archivo y custodia, por los términos definidos en la normatividad vigente. Aplica al proceso de Gestión de la Información y todos los procesos misionales de la E.S.E Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Empresa Social del Estado.

3. RESPONSABLE

- Coordinador de Sistemas de Información
- Coordinador de Estadística
- Comité de Historia Clínica
- Coordinador de Archivo
- Colaboradores asistenciales y administrativos.

4. DEFINICIONES

Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco años desde la última atención.

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención

Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Condiciones de Salud o Estado de Salud: datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y

medioambiental que pueden incidir en la salud de la persona

Confidencialidad: Reserva que debe mantener el grupo o equipo de salud respecto del estado de salud y a la condición misma de una persona para así garantizar el derecho a la intimidad.

Historia Clínica para Efectos Archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado

Registro Específico: Documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

Calidad del dato: Característica de un sistema de información, que garantiza la exactitud, completitud, integridad, actualización, coherencia, relevancia, accesibilidad y confiabilidad de sus datos, necesaria para lograr un alto nivel de procesamiento y análisis para una toma de decisiones efectiva a nivel de los actores involucrados

5. DESCRIPCIÓN

5.1 PRESENTACION Y JUSTIFICACION.

La Historia clínica es un documento privado porque suministra información confidencial del paciente, es obligatorio porque así lo exige la Ley 23 de 1981, Artículo 34, su falta es inexcusable. Sin la existencia de una historia clínica para sustentar la actuación es probable que el Hospital llegue a sufrir sanciones legales. La Historia clínica es un documento sometido a reserva porque el conocimiento de su contenido está limitado al paciente, personal médico y asistencial en relación con la atención clínica y el registro de su ejercicio profesional que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley Entiéndase que todos los datos de los pacientes son parte integral de la historia clínica.

Desde el punto de vista de la gestión administrativa, la historia clínica contiene la información más importante que genera la entidad y aunque esta no sea la única que produce, en ella se encuentra registrada la operación de todos los servicios ofrecidos por la ESE. Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, Empresa Social del Estado.

5.2 MARCO NORMATIVO BASICO:

Regula archivos de las historias clínicas.

- Ley 594 de 2000 - Ley general de Archivo
- Resolución 1995 de 1999 - Normas para el Manejo de la Historia Clínica
- Resolución 3891 de 1982 - Como diligenciar la Historia Clínica
- Ley 23 de 1981 - Código de ética
- Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997 - Archivo General de la Nación.
- Circular 2 de 1997 - Archivo General de la Nación
- SUH criterios Registros Clínicos
- SUA, estándares de Gerencia de la Información y de atención al cliente
- Resolución 839 de 2017, Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.
- Ley 2015 de 2020 - Se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.

5.3 CONCEPTO, FINALIDAD E IMPORTANCIA MEDICO LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA:

La Resolución 1995 de 1999 define la historia clínica como “un documento privado, obligatorio, sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento sólo puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o de los casos previstos por la Ley”

La historia clínica tiene relaciones sustantivas con los intereses del paciente, de las entidades de salud, del Estado y la sociedad. En lo demás, no se diferencia en nada de cualquier otro documento de archivo, ya que su manejo incorpora las tareas y principios archivísticos existentes.

La identificación de la historia clínica deberá hacerse con el número de la cédula de ciudadanía, número de la tarjeta de identidad y número del registro civil. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista

documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar, si es mayor sin identificación la institución le dará un número consecutivo.

Aunque su objetivo primordial es el asistencial, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra- asistenciales:

Docencia e investigación: a partir de ellas pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.

Evaluación de la Calidad Asistencial: la historia clínica es considerada por las normas legales como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Puesto que se trata de un fiel reflejo de la relación médico-paciente así como un registro de la actuación médico-sanitaria prestada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

Administrativa: la Historia Clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.

Médico-legal: Finalidad e importancia médico legal de la historia clínica:

- Se trata de un documento privado: El derecho al acceso limitado
- Puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.
- Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes, derechos de los usuarios, código ético médico, normas internacionales.
- Elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional: extraordinario valor jurídico en los casos de responsabilidad médica profesional, al convertirse por orden judicial en la prueba material principal de todos los procesos de responsabilidad profesional, constituyendo un documento médico-legal fundamental y de primer orden. En tales circunstancias la historia clínica, es el elemento que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para la valoración de la conducta del médico como para verificar si cumplió con el deber de informar, de realizar la historia clínica de forma adecuada y eficaz para su finalidad asistencial, puesto que el incumplimiento de tales deberes también constituyen causa de responsabilidad profesional.
- Testimonio documental de ratificación/veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.
- Instrumento de dictamen pericial: elemento clave en la elaboración de informes médico-legales sobre responsabilidad profesional. El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los siguientes aspectos: enumeración de todos los documentos que la integran, reconstrucción de la historia clínica, análisis individualizado de los actos médicos realizados en el paciente.
- El incumplimiento o la no realización de la historia clínica, puede tener las siguientes repercusiones:
- Defecto de gestión de los servicios clínicos
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médico-legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala atención quien cometió la omisión, pero adicionalmente se expone a las sanciones ante el Tribunal de Ética Médica, disciplinariamente.
- Si se hacen anotaciones de las condiciones de salud de una persona, actos médicos o procedimientos que nunca se realizaron se comete el delito de falsedad ideológica en documento privado. (Prisión de 1 a 6 años)
- Es obligatorio conforme la Ley dejar constancia de las advertencias que se hagan sobre el riesgo previsto o de la imposibilidad que hubo de hacerlo y por qué motivos.

5.3.1 SECRETO PROFESIONAL DE LA HISTORIA CLÍNICA:

Toda persona que tenga acceso a la HISTORIA CLINICA o datos que formen parte de ella, deberá guardar el secreto profesional. La persona que divulgue información de la historia clínica a personas no autorizadas será sancionada. El código penal Colombiano establece sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado. Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico o personal paramédico, está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento. A los responsables del usuario, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia. El profesional velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional este debe cobijar igualmente a todas aquellas personas que por su estado y profesión, reciben o tienen acceso a esta información confidencial. El Código Penal Colombiano establece las sanciones respectivas por la violación a lo anteriormente estipulado

5.4 CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA Y DIRECTRICES INSTITUCIONALES:

- Completa, Sin excepciones de ninguna índole, todos los pacientes atendidos deben tener el registro completo de la Historia Clínica. Se debe tener presente las implicaciones legales.
- Coherente, Obligatoriedad del registro de observaciones, conceptos, decisiones y resultados de cada una de las atenciones realizadas, hallazgos, recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha de la atención, con nombre completo y firma del autor de la misma.
- Sustentada, objetiva y veraz: Todas las especialidades sin excepción deberán diligenciar la historia clínica completa e incluir en ella anexo correspondiente
- Legible, clara, secuencial y sin siglas
- Diligenciada, sin espacios en blanco, borrones o alteraciones
- Fechada, firmada y con autorizaciones incluidas

- Todo el personal asistencial y administrativo de la Institución relacionado con el manejo y tráfico de la Historias Clínicas son responsables de velar por su custodia y conservación.
- Los Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) deben ser diligenciados por el médico en el momento de la prestación de servicios de salud.
- Se evaluará el rendimiento en la calidad de diligenciamiento de los registros clínicos según Protocolo De Auditoría De Calidad En El Diligenciamiento De Historia Clínica MD-GC-PT-033
- De los reportes e interpretación de los exámenes para-clínicos y de imágenes diagnósticas se deberá dejar constancia en la Historia Clínica con la firma del médico tratante.
- Desde la admisión del paciente la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá Sera garante de brindar atención con enfoque diferencial teniendo en cuenta las condiciones y particularidades de las personas y familias, como el estado de salud, la discapacidad, las situaciones sociales, culturales, religiosas, políticas, económicas o las condiciones de vulnerabilidad, no solo socio económica, sino psicosocial o psicoactiva. Por medio de la clasificación desde la admisión de la atención con la siguiente clasificación y gama de colores:

Color	Descripción	Prioridad	Descripción
Magenta	Enfoque Diferencial	Alta	Salud Mental, Adulto mayor, habitante de calle , población LGBTI, indígenas, discapacitados , víctimas del conflicto armado , Comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, Gitanos - ROM
Azul	Re consultante	Media	Paciente que consulta en un término no mayor a 15 días posteriores ultima atención
Amarillo	Línea materno infantil	Alta	Infancia y adolescencia Paciente en estado de gestación , patología de origen ginecológica
Negro	Lesiones Traumáticas	Alta	Violencia de género , accidente laboral , accidente biológico , lesión de origen traumático asociado o no accidente de transito
Rojo	Riesgo Vital	Alta	Paciente remitido en contexto de "urgencia vital"
Verde	POP	Alta	Condiciones de salud asociado a estados posquirúrgicos

5.5 COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

Conjunto de personas que al interior de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, empresa Social del Estado, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. El comité está integrado por personas de la institución y de las reuniones se levantan actas.

5.5.1 OBJETIVO DEL COMITÉ

Promover, coordinar y controlar el buen diligenciamiento de las Historias Clínicas, velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el adecuado manejo de la historia clínica.

5.5.2 FUNCIONES DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

- Promover e la a Institución la adopción de las normas nacionales sobre Historia Clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del Prestador, incluida la historia clínica.
- Elevar a la Dirección y al Comité de Ética, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.
- Aprobar y realizar seguimientos de adherencia al manual de registros asistenciales
- Analizar y emitir recomendaciones de requerimientos técnicos al sistema de historia clínica para facilitar su operación
- Solicitar planes de mejoramiento derivados de las auditorias de la historia clínica
- Elaborar el pan de acción del comité
 - Realizar informe de rendimiento de la seguridad y base de datos
 - Seguimiento del tratamiento y confidencialidad de los datos personales de los usuarios
 - Integración de datos con sistemas de información para fácil acceso de la información y registros de la historia clínica
 - Reportar inasistencia por parte de los integrantes del comité
- Elección del representante de los profesionales médicos mediante elección simple entre para periodo anual

5.5.3 AUDITORÍAS INTERNAS

El decreto 1011 de 2006 obliga procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. La unidad auditora, establece cada año plan de auditorías, en el cual se priorizan y establece la periodicidad de las auditorías a realizar en el año, al cual le hace seguimiento, velando por el cumplimiento del mismo y garantizando el cumplimiento de planes de mejoramientos establecidos de acuerdo a los resultados obtenidos. De igual manera los responsables de la auditoria, realizan auditorías a la dependencia del Área de Archivo garantizando el cumplimiento de las normas establecidas y la adherencia al manual y procedimientos establecidos para tal fin.

5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLINICA

- a. **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- b. **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.
- c. **Racionalidad Científica:** Es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- d. **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la ley. facilitándose en los casos legalmente contemplados.
- e. **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- f. **Confidencialidad:** Lo consignado en los registro clínicos no puede ser divulgado ni comunicado a tercero sin previa autorización.

5.7 REQUISITOS DE LA HISTORIA CLINICA

- **Veracidad:** La Historia Clínica, debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.
- **Exacta:** Registro de información correspondientes a la realidad observada o a las actividades realizadas.
- **Rigor Técnico de los Registros:** Los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el paciente otros profesionales o la institución.
- **Coetaneidad de Registros:** La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y sincrónica con la asistencia prestada al paciente.
- **Completa:** Debe contener datos suficientes sobre la patología del paciente, debe reflejar todas las fases médico-legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Debe contener todos los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales.

La historia clínica física e informática debe contener: Los aspectos científicos, técnicos y Administrativos relativos a la atención de la persona relacionadas con el fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de le enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Tipos Documentales de la Historia Clínica

En relación con la atención con la atención dada al paciente. Los tipos documentales componentes de la historia clínica son, en su orden lógico:

- La identificación del usuario.
- Los registros específicos.
- Los anexos.

5.7.1 ANEXOS SUSTENTO LEGAL

Los documentos anexos a la Historia Clínica que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales contenidos en la historia son:

- Consentimiento informado.
- Formatos, listas de chequeo y otros documentos empleados para la prestación del servicio definidos por la institución.
- Autorizaciones para intervenciones quirúrgicas.
- Procedimientos, autorización de necropsopia, declaración de retiro voluntario.
- Resultados de exámenes para-clínicos e imágenes diagnósticas los cuales se podrán entregar al paciente luego de su anotación haciéndole saber que es importante conservarlas para futuros análisis. Si no se deja constancia, responderá el prestador de los servicios, pero si se deja la nota la responsabilidad será del usuario.
- Igualmente es obligatorio para los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen, registrar sus observaciones, conceptos,

decisiones y resultados de las acciones desarrolladas.

- Si hay cambio de profesional, se está obligado a entregar la historia clínica conjuntamente con sus anexos a su reemplazante.
- Se debe dejar constancia de la autorización que hace una persona para que le practiquen el examen de diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por VIH. La ley exige que la manifestación que hace la persona deba constar por escrito en la historia clínica y posterior a la consejería PRE- prueba que también es obligatoria.

5.8 TERCEROS AUTORIZADOS PARA CONOCER LA HISTORIA CLÍNICA

- Autoridades judiciales, Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en investigaciones que adelanten en ejercicio de sus funciones según consta en la Ley 23 de 1981 artículo 34.
- El equipo de salud (auxiliares del profesional o de la institución) según consta en el artículo 23 del Decreto 3380 de 1981 y en la Resolución 1995 de 1999.
- Los investigadores en ciencias de la salud, para consulta y apoyo de trabajos médicos, artículo 61 de la Ley 23 de 1981 y artículo 30 Decreto 3380 de 1981.
- Los tribunales de Ética Médica según la Ley 23 de 1981.
- El paciente y los familiares que él expresamente autorice, artículo 38 de la Ley 23 de 1981. En estos casos es necesario que el paciente firme en la historia la constancia de entrega.
- Una empresa no puede solicitar a la entidad o profesional tratante informes sobre la salud de una persona, tal circunstancia violaría el derecho a la intimidad, sin embargo solamente se requerirá de ello cuando por una situación de salud ocupacional se requiera reubicación, pero solo en lo que a ello se refiera.
- Una persona puede pedir que se actualice o se hagan correcciones en su historia clínica teniendo en cuenta el derecho del habeas data y siempre que la corrección o actualización corresponda a la realidad.
- La Corte Constitucional consideró que no es posible que los familiares de una persona fallecida tengan acceso a su historia clínica excepto que se haya dejado autorización escrita, o mediante solicitud hecha a través de un juzgado.
- La Corte Constitucional avaló un concepto de la Superintendencia de Salud por el cual ninguna entidad aseguradora o bancaria puede exigirle a los familiares copias de la historia de una persona fallecida para proceder a hacer efectivo un seguro o cancelar un crédito asegurado, etcétera. Si lo hacen obran al margen de la ley ya que no pueden exigirse la historia como documento esencial para proceder al pago del seguro o cancelación del crédito o deuda contraída en vida por la persona fallecida.

5.9 MANEJO DE LAS HISTORIAS CLINICAS EN EL ARCHIVO:

“Desde el punto de vista archivístico la Historia Clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario”.

El ingreso de toda historia o documento anexo a la misma se deberá realizar a través de una relación de entrega. El funcionario quien recibe, deberá verificar:

- Número de historia clínica
- Nombre a quien pertenece
- Número de folios que componen la historia clínica

5.9.1 FOLIACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Es necesario realizar las siguientes actividades a cada documento que se vaya integrando a la historia clínica para facilitar su control y seguridad:

- La documentación que se folia debe estar revisada, identificada y clasificada, para evitar incluir en la historia clínica un documento que no corresponda a la misma, o que aún no se haya tramitado completamente. Es indispensable, también depurar documentos duplicados, folios en blanco u otros que no representen valor.
- Deben también ordenarse cronológicamente de acuerdo con la atención del paciente. Con ello se aplica el principio de orden original.
- Se deben foliar todas y cada una de las unidades documentales, escribiendo claramente el número en la esquina superior derecha de la cara recta del folio, en el mismo sentido del texto.
- Se debe utilizar lápiz de mina negra y blanda, tipo HB o B; no se debe foliar con lápiz mina roja, debido a que este color no es capturado en la mayoría de los casos por las máquinas reprográficas.
- Se folia consecutivamente, sin omitir ni repetir números. Se debe evitar números con el suplemento A, B, o Bis. Si el documento contiene texto en ambas caras, se registrará el número correspondiente en la cara recta del folio.
- Se debe escribir el número sin enmendaduras, sobre un espacio en blanco y sin alterar membretes, sellos, textos o numeraciones originales. Si existen errores en la foliación, esta se anulará con una línea oblicua sobre el número, evitando tachones.
- Si la historia clínica de un paciente continúa en otra unidad o carpeta, no se iniciará foliación nueva en esta última; se seguirá con el número que corresponda, en orden secuencial.
- Los exámenes diagnósticos como radiografías, ecografías, entre otros, se deben colocar en un sobre de protección y se hará la foliación al sobre antes de almacenar el material para evitar marcas; de todas formas se debe colocar esta nota en el instrumento de descripción del archivo (inventario o índice).

5.9.2 REGISTRO GENERAL DE HISTORIAS CLÍNICAS:

Se mantendrá una base de datos de los pacientes atendidos en la institución, se debe organizar la información básica sobre los pacientes, en el software en cual incluirá: Fecha de atención de primera vez, número de Historia Clínica, apellidos y nombres del

paciente, dirección domiciliaria, teléfono, fecha de nacimiento, edad, tipo de afiliado y rango.

5.9.3 ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS:

La historia clínica junto con el resultado de exámenes diagnósticos, anexos será dispuesta en un folder legajador con gancho plástico; el cual será marcado en la portada exterior con el número de identificación y nombre del paciente. Serán archivadas en archivo vertical que estará situado en el departamento de estadística.

El archivo clínico garantiza la seguridad de la historia clínica que custodia y al mismo tiempo se convierte en un centro eficiente y confiable de información, al servicio de los usuarios que lo requieran, para lo cual ha diseñado un sistema de organización que lo hace funcional. El archivo clínico está legalmente constituido como unidad administrativa y por tanto hace parte de la estructura orgánica, con lo que se le da legitimidad a su funcionamiento.

Cuenta con personal idóneo y profesional, con valores éticos y sentido de pertenencia; está ubicado en un área física que reúne las condiciones básicas para la prestación de un servicio eficiente y seguro, tanto para quienes laboran en el cómo de los documentos que alberga. Cuenta con procesos normalizados para cada actividad que realiza, aplicando las etapas propias del proceso administrativo para ejecutar acertadamente el ciclo PHVA.

El archivo digital de historia clínica se encuentra en servidor de producción en el data center institucional. Adicionalmente, se cuenta con copia de seguridad cada 6 horas, copia en disco duro externo en el Datacenter y la última copia en la nube. Estas herramientas tecnológicas se encuentran en administración por el área de sistemas de la ESE Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe

5.9.4 REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA:

Para el registro diario de ingreso y salida de las Historias Clínicas los auxiliares del departamento de estadística, llevarán un registro (tarjetón de reemplazo) en el cual se diligencia el número de la Historia entregada a cada servicio. Este diligenciamiento es obligatorio; para consulta externa los listados se conservan en una carpeta legajadora de forma cronológica para efectos de cualquier investigación.

En caso de solicitud de préstamo de Historia Clínica a otras dependencias, profesional o estudiante para consulta se debe contar con orden de autorización firmada por el subgerente científico, este quedaría como soporte.

El tarjetón de reemplazo de la historia clínica debe incluir los siguientes datos: número de la historia clínica, número de folios, fecha y hora de entrega, destino de salida (Dirección de Programa, auditoría, comité de Historias Clínicas, comité de Vigilancia Epidemiología, área Jurídica), número de días del préstamo, firma del profesional, estudiante o funcionario autorizado que recibe la historia, firma de Auxiliar de Archivo. Siempre se dejará constancia de los fines de la consulta (contestación de demandas, tutelas, requeridos por el comité de historias clínicas, por comité de vigilancia epidemiológica, o área jurídica, contestación de objeciones requeridos por el área de auditoría de cuenta, investigaciones). En el momento exacto que sea devuelta la historia obligatoriamente se debe verificar sus folios y proceder a hacer el descargue en la misma planilla donde se anotará fecha y hora de devolución, firma de Auxiliar de Archivo.

Vencido el plazo solicitado para el préstamo el Auxiliar de Archivo deberá hacer exigible su devolución inmediata y reportar al subgerente científico y al Comité de Historias Clínicas, para trámite de solicitud formal.

Si el interesado desea copias o fotocopias, éstas deberán ser autorizadas por el Subgerente Científico.

5.10 CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA:

La custodia de la Historia Clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención.

El archivo de historias clínicas es un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garantizan la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información.

La custodia de la historia clínica y sus anexos serán preservadas por el servicio en el cual se brinda la atención y se realizara entrega de dichos documentos al área de estadística por medio de un oficio donde se relacionen los nombres y apellidos del paciente, tipo y número de documento del paciente y número de folios custodiados.

5.10.1 RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN:

Teniendo en cuenta lo establecido en “La Resolución 839 de 2017 el Ministerio de Salud y Protección establece el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, y el manejo que le deben dar las entidades del sistema de salud en caso de liquidación”.

El tiempo establecido por dicha resolución en la que la historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, es por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención, esto quiere decir que los primeros cinco (5) años se harán en el archivo de gestión y los siguientes diez (10) años en el archivo central.

En casos de personas víctimas de violaciones de derechos humanos o infracciones graves al Derecho Internacional Humanitario, los

términos de retención y conservación documental se duplicarán. Si al momento de tener en custodia una historia clínica, esta llega a formar parte de un proceso relacionado con delitos de lesa humanidad, la conservación será permanente, lo cual deberá garantizar la entidad a cuyo cargo se encuentre la custodia, utilizando para tal fin los medios que considere necesarios.

Existen cuatro opciones que contempla la Tabla de Retención Documental en relación con la disposición final que se determine con los documentos, después de haber cumplido su tiempo de retención. Estas opciones son: Conservación Total, eliminación, selección o microfilmación/digitalización. Para efectos de aplicación en el archivo de historias clínicas la normatividad vigente establece que, después del tiempo total de retención en el archivo de gestión y central, se selecciona las que adquieren valores secundarios, las demás se deben eliminar, independiente del soporte en el que estén elaboradas.

Una vez transcurrido el término de conservación se aplica proceso de selección, la historia clínica se podrá eliminar, mediante levantamiento de acta que relacione las Historias clínicas eliminadas con la fecha de la última atención. La eliminación o destrucción de los documentos en papel se debe hacer por el método de picado, para posibilitar el reciclaje, nunca por incineración. Para aplicar este procedimiento en historias clínicas informatizadas, se debe eliminar del respectivo soporte óptico o magnético. En ambos casos, se debe dejar constancia de este hecho suscribiendo el acta de eliminación.

Dicha acta debe ser firmada por el responsable del archivo de las historias clínicas, Subgerente Científico y Jefe de Oficina de control interno. Este documento debe ser remitido a la Secretaria Departamental de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Eliminación de la Historia Clínica:

- ◦ Para que las entidades de salud puedan realizar el proceso de eliminación de la Historia Clínica, se debe, primeramente, haber cumplido el tiempo de retención y conservación, es decir, que se haya adelantado el procedimiento de publicación a que refiere el artículo 3 de la presente resolución, y que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), de acuerdo a los términos establecidos por el Archivo General de la Nación.
- Una vez realizado este proceso se dejará constancia en un acta firmada por el representante legal o el revisor fiscal de la entidad. Para los profesionales independientes, una vez realizado el proceso de valoración, el acta será suscrita únicamente por dicho profesional.
- La copia del acta de eliminación" y sus anexos, serán remitidos a la entidad departamental o distrital de salud del domicilio de la entidad o sus sedes o del domicilio del profesional independiente que esté adelantando el proceso de eliminación y a la Superintendencia Nacional de Salud, quienes la conservarán con el fin de brindar la respectiva información al usuario o a la autoridad que lo solicite.

5.10.2 TRANSFERENCIAS DOCUMENTALES PRIMARIAS:

Las transferencias se dan del Archivo de Gestión al Central (primarias) o del archivo activo o central al histórico (secundarias). Para el caso de las historias clínicas la normatividad determina que sólo se realizarán las primarias, pues no será necesaria la creación de un archivo histórico, dado que se conservarán 5 años en el archivo de gestión y 10 en el central, después de los cuales podrán eliminarse. No obstante, pudiera ser que no se elimine la totalidad de las historias que ya hayan cumplido su tiempo de retención y conservar una selección de las que considere significativas para la historia o investigación científica. Con ellas se podrá conformar un archivo histórico.

Para realizar transferencias documentales, es indispensable realizar las siguientes actividades, en orden secuencial:

- a. Establecer y aplicar un cronograma de transferencias, que podría determinar su realización, al menos una vez al año
- b. Verificar que las historias clínicas a transferir ya han cumplido su tiempo de retención en el archivo respectivo, de acuerdo con lo establecido en la TRD y a los establecido en la normatividad vigente.
- c. Realizar limpieza mecánica de los documentos a transferir, eliminando elementos metálicos y verificando que los documentos se encuentran en buenas condiciones de conservación.
- d. Elaborar el inventario documental.
- e. Elaborar el acta de entrega.
- f. Ordenar las historias clínicas en cajas para transferencias, siguiendo el listado establecido en el inventario.
- g. Si hay funcionarios diferentes asignados como responsables del manejo de la historia clínica entre el archivo de gestión y el central, estas se transferirán formalmente a quien de la fecha en adelante será su nuevo custodio.
- h. Quien reciba la transferencia deberá verificar el contenido de la misma, confrontándola con el inventario adjunto.
- i. Se procederá a ubicar las historias clínicas en el lugar correspondiente e ingresarlas al inventario respectivo.

5.11 SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA:

La normatividad colombiana es cautelosa en la protección y confidencialidad de la historia clínica. La Resolución 1995 de 1999 señala que la Historia Clínica es un documento privado, sometido a reserva, que sólo puede ser conocido por terceros, previa autorización del

paciente o en casos previstos por la Ley, por lo que le solicitamos cumplir con los requisitos que se mencionan a continuación.

5.11.1 REQUISITOS PARA SOLICITAR COPIA DE LA HISTORICLÍNICA El paciente debe presentar:

Documento de identificación original. No se aceptan fotocopias.

El Familiar o tercero autorizado por el paciente debe presentar:

- Su documento de identificación original.
- Copia del documento de identificación del paciente.
- Una carta de autorización escrita, firmada por el paciente y por el familiar o tercero como persona autorizada.

El Padre, madre o representante legal de un paciente menor de edad debe presentar:

- Documento de identificación original.
- Copia del documento de identidad del menor.
- Copia de la documentación que lo acredite como representante legal y/o parentesco (registro civil de nacimiento o documento que lo acredite como representante legal).
- Una carta de solicitud firmada por el padre, madre o representante legal.

El Familiar de un paciente fallecido debe presentar:

- Documento de identificación original.
- Copia del registro civil de (nacimiento, matrimonio o declaración extra- juicio según el caso) con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del registro civil de defunción, para demostrar que el paciente se encuentra fallecido
- Una carta de solicitud firmada por el familiar donde exprese las razones del requerimiento y el compromiso de utilizar la información sólo para lo referido, conservando la confidencialidad y reserva.
- Se entrega sólo el resumen de atención o epicrisis (Resolución 3905 de Junio 8 de 1994)

Familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad (inconsciente, con incapacidad mental o física) debe presentar:

- Documento de identificación original.
- Copia del registro civil de nacimiento, matrimonio o declaración de unión marital de hecho (según el caso), con el fin de acreditar la relación de parentesco con el titular de la historia clínica.
- Copia del certificado médico que evidencie el estado de salud físico o mental del paciente.
- Una carta de solicitud firmada por el familiar donde exprese las razones del requerimiento y su compromiso de utilizar la información solo para lo referido, conservando su confidencialidad y reserva.

5.11.2 FINALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

A todos los documentos entregados se les hará copia y se anexarán a la historia clínica del paciente, soportando así la entrega de esta información.

5.11.3 VALIDEZ DE LAS CARTAS DE AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA

Tiene validez indefinida, no obstante la autorización puede ser revocada por el paciente en cualquier momento, mediante solicitud escrita.

En los casos de cartas de autorización de copias de historia clínica de menores de edad, pacientes fallecidos o con incapacidad mental o física, se deberá realizar carta de solicitud cada que se requiera una copia de historia clínica.

5.11.4 LUGAR DE SOLICITUD DE COPIA DE HISTORIA CLÍNICA

Departamento de Estadística, de la ESE Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe de Tuluá, empresa Social del Estado, calle 27 carrera 39 esquina, 1er piso, consulta externa.

5.11.5 MEDIOS CON LOS QUE SE PUEDE REALIZAR LA SOLICITUD DE COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA

- Personalmente
- Por correo electrónico dirigiendo el requerimiento al correo estadistica@hospitaltomasuribe.go.co, se deben anexar los requisitos correspondientes, debidamente diligenciados y con firmas escaneadas.

5.11.6 TIEMPO DE ENTREGA Y RECIBO DE HISTORIA CLÍNICA

- Si realiza la solicitud personalmente, la copia de la historia clínica impresa se entregará a las 24 horas de realizado el requerimiento. No se entregan en medio magnético
- Si la copia de la historia clínica la requiere en CD, la entrega se hará dentro de los 5 días hábiles siguientes a la solicitud.
- Si la copia de historia clínica es de años anteriores al 2006, le será entregada a las 48 horas de realizado el requerimiento. No se entregan en medio magnético
- **Si es un familiar de un paciente en estado de incapacidad y mayor de edad** Si la solicitud fue enviada de forma escrita, la

entrega se hará en medio magnético (CD), dentro de los siguientes 15 días hábiles a la solicitud.

5.11.7 HORARIO DE ATENCIÓN Y DATOS DE CONTACTO

Lunes a viernes jornada continua, de **7:00 a.m. a 3:00 p.m.** Correo electrónico: estadistica@hospitaltomasuribe.go.co

5.12 HISTORIA CLÍNICA INFORMÁTICA

Los datos que deben recopilarse en la historia clínica son aquellos relevantes para el paciente específico al que se está tratando. En líneas generales la información a recoger incluye:

- Características del paciente como edad, sexo, peso, altura;
- Sucesos de la enfermedad actual, historia médica anterior, historia social;
- Alergias, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio), dieta, datos sobre el cumplimiento de los tratamientos prescritos;
- Pruebas de laboratorio, constantes vitales; y
- Farmacoterapia que está recibiendo o que ha recibido.

Como estos datos se recogen en un soporte electrónico, se facilita considerablemente la minería de datos, por lo que dicho uso está condicionado por nuestra Constitución nacional y Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 para la protección de datos personales.

Tengamos en cuenta que esta legislación se aplica tanto a la historia clínica tradicional como a la electrónica, aunque en el particular caso de ésta última se deben hacer mayores esfuerzos para mantener la privacidad y confidencialidad de los datos almacenados y los que serán transferidos.

5.12.1 REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR

Con el transcurso del tiempo se han ido fijando criterios para elaborar y conceder autenticidad a la historia clínica manuscrita. Creemos conveniente que la historia clínica informática garantice ciertos aspectos.

5.12.2 INVOLABILIDAD E INALTERABILIDAD DE LOS DATOS QUE CONTIENE

Esto incluye tomar las medidas de seguridad pertinentes para impedir el ingreso de virus o *hackers* en el sistema, impidiendo la consulta, el borrado o modificación de datos ya incorporados por personas sin autorización. Para esto es conveniente que esté equipada con un sistema de alarmas o alertas.

5.12.3 RECUPERACIÓN DE LOS ARCHIVOS

El sistema debe contemplar la posibilidad de que los datos sean recopilados en una o más copias de seguridad (*back up*), que faciliten su transporte e incluso generar fácil y económicamente copias para el propio paciente.

5.13 PERDURABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

También deben asegurar la conservación del *hardware* que contiene al *software*, es decir que debe estar almacenado en un medio adecuado en el que no lo afecte la humedad, la temperatura, etcétera.

Este *software* debe ser siempre contenido en un *hardware* útil del cuál sea fácil la extracción de la información con dispositivos actuales en materia de informática (por ejemplo si los datos están almacenados, debería almacenarse en otro tipo de *hardware* como por ejemplo CDs o DVDs).

5.14 CONTINUIDAD TEMPORAL

El programa informático no debe permitir que se altere la secuencia de llenado de la historia clínica, es decir que no sea posible modificar la continuación temporal de los hechos y actos.

5.15 GARANTÍA SOBRE LA POSIBILIDAD DE INSPECCIÓN POR EL ENTE CORRESPONDIENTE

Así como se requiere la historia clínica manuscrita, es imprescindible que el sistema informático admita el acceso de las autoridades (justicia, organismos estatales de control, etcétera), que ejercen controles por parte de la Administración pública, así como también por parte de la justicia.

5.16 ASEGURAMIENTO DE LA REMISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA AL TRIBUNAL QUE LA SOLICITE Y RECAUDOS PARA SU POSIBLE SECUESTRO JUDICIAL

La historia clínica suele ser indispensable como prueba en juicio, es por esto que también se debe contemplar la posibilidad de ser remitida al tribunal que la requiera.

A diferencia de la realizada en soporte papel, la digitalizada evita las medidas anticipativas, como el secuestro judicial ya que se torna innecesario debido a que cada copia que se realiza tiene el mismo valor que la original.

5.17 PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:

La privacidad y confidencialidad de los datos es quizá uno de los desafíos más importantes en esta materia. Estimamos conveniente que las historias clínicas se guarden en una red cerrada en la que solamente se pueda acceder desde dentro de la institución médica y que únicamente se coloquen para ser accedidas por Internet las que deben ser transferidas a otra institución (solamente por el tiempo que dure la transferencia de datos y luego debe ser eliminada de ese lugar).

Trabajando en una red cerrada (intranet) estaríamos restringiendo la posibilidad de que los *hackers* tengan acceso a los datos de las historias clínicas desde fuera de la institución. Aunque esto no garantiza de que se acceda desde alguna terminal de la red interna (de darse este supuesto es muy probable que se trate de un sabotaje, pero tengamos en cuenta que los sabotajes también pueden llevarse a cabo con las historias clínicas tradicionales).

Estamos en condiciones de afirmar que ésta debe ser la forma de trabajo que debe utilizarse para llevar las historias clínicas informáticas para garantizar los niveles más altos de privacidad y confidencialidad de los datos.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

N/A

7. REGISTROS RELACIONADOS

N/A

8. BIBLIOGRAFÍA

- Apuntes para la organización de Historias Clínicas, Piedad Pinto Doria, AGN. ISBN 978-958-8242-18-7

9. CONTROL DE CAMBIOS

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Martha Cecilia Garcia Gestión Documental	Bárbara Jaramillo Técnico Opertivo	Diego Fernando Caicedo Coordinador de Calidad y Planeación

Cristhian Johan Rodríguez Cardona @ 2023-02-01, 15:25:01